



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones



Ficha de reporte y seguimiento de mujeres vacunadas inadvertidamente estando embarazadas

1. Fecha: ____/____/____
Día Mes Año
2. Semana Epidemiológica
3. Municipio de procedencia _____
4. Departamento _____
5. Hospital o Institución que reporta _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

6. Nombre y apellidos de la paciente _____
7. Edad _____ (años) 8. Dirección domicilio: _____
9. Barrio _____ 10. Teléfono _____
11. Régimen de afiliación: Contributivo Subsidiado No afiliado Especial Otro
12. EPS/ARS: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

13. Número de gestaciones: _____
14. Número de partos previos: _____
15. Número de abortos previos: _____
16. Fecha de última regla: _____
17. Edad gestacional: _____ (semanas)
18. Fecha probable de parto: _____
19. Medicamentos suministrados durante la gestación _____
20. Dosis y tiempo _____
21. Enfermedad(es) que padece _____
22. Antecedente de haber padecido rubéola: SI NO Se desconoce: _____
23. Fecha de aplicación de la vacuna SR: ____/____/____
Día Mes Año
- 23a. Edad gestacional al momento de recibir la vacuna SR: _____ (semanas)
24. Lugar o IPS en donde se aplicó la vacuna: _____
25. Presentó algún evento adverso posterior a la vacunación: SI NO



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones



Ficha de reporte y seguimiento de mujeres vacunadas inadvertidamente estando embarazadas

26. Si la respuesta fue afirmativa, ¿cuáles? _____

27. ¿Se obtuvo muestra de suero? SI NO

28. Fecha de toma: ____/____/____
Día Mes Año

28a. Intervalo entre las fechas de vacunación y toma de la muestra:

29. Resultado de la prueba: IgM. Positiva: ____ Negativa: ____
IgG. Positiva: ____ Negativa: ____

30. Clasificación del estado inmune probable al momento de la vacunación:
Susceptible o no inmune ____
No susceptible o indeterminado ____
Se desconoce ____

31. Nombre de la clínica u hospital donde llevan el control prenatal: _____

32. Nombre del médico general u obstetra que la atiende: _____

35. DATOS DE FUNCIONARIOS DE SALUD QUE REALIZARON EL SEGUIMIENTO Y LA INVESTIGACIÓN

Nombre _____

Cargo que desempeña _____

Fecha de investigación _____

Institución _____

Teléfono _____

Firma: _____